

Prestaciones de Rehabilitación/Habilitación Discapacidad
MEDIDA DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL (FIM)
CON DESCRIPCION DE ACTIVIDADES

A completar por el médico tratante

Estimado profesional: Por favor, complete todos los campos requeridos con letra imprenta legible. Cualquier cambio de tinta, letra, corrección, enmienda, etc., deben ser salvados con firma y sello profesional.

DATOS IDENTIFICATORIOS DEL BENEFICIARIO

Apellido y Nombre del Afiliado

Nº S.S. OSFATLyF

CUIL

Edad

DIAGNÓSTICO CUD

TABLA DE PUNTUACIÓN DE NIVELES DE INDEPENDENCIA FUNCIONAL

Cada ítem será puntuado de 1 a 7 de la siguiente manera:

Grado de Dependencia	Puntaje / Nivel de Funcionalidad	
Sin Ayuda	7	Independencia total.
	6	Independencia con adaptaciones.
Dependencia modificada	5	Supervisión sin asistencia al paciente.
	4	Asistencia mínima, el paciente aporta el 75% o más.
	3	Asistencia moderada, el paciente aporta el 50% o más.
Dependencia completa	2	Asistencia máxima, el paciente aporta el 25% o más.
	1	Asistencia total, el paciente aporta el 25% o menos.

CATEGORÍA

PUNTAJE

DOMINIO

AUTOCUIDADO

1. **ALIMENTACIÓN:** Implica uso de utensilios, masticar y tragar la comida. Especifique grado de supervisión o asistencia necesaria para la alimentación del paciente y qué medidas se han tomado para superar la situación.

2. **ARREGLO PERSONAL:** Implica lavarse la cara y manos, peinarse, afeitarse o maquillarse, y lavarse los dientes. Indique las características de esta asistencia. ¿Es necesaria la supervisión y/o preparación de los elementos de higiene?

3. **BAÑO:** Implica aseo desde el cuello hacia abajo, en bañera, ducha o baño de esponja en cama. Indique. Si el baño corporal requiere supervisión o asistencia, y el grado de participación del paciente.

4. **VESTIDO HEMICUERPO SUPERIOR:** Implica vestirse desde la cintura hacia arriba, así como colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

5. **VESTIDO HEMICUERPO INFERIOR:** Implica vestirse desde la cintura hacia abajo, incluye ponerse zapatos, abrocharse y colocar órtesis y prótesis. Características de la dependencia.

6. **ASEO PERINEAL:** Implica mantener la higiene perineal y ajustar las ropas antes y después del uso del baño o chata.

CONTROL DE ESFÍNTERES

7. **CONTROL DE VEJIGA:** Implica el control completo e intencional de la evacuación vesical, y el uso de equipos o agentes necesarios para la evacuación, como sondas o dispositivos absorbentes, frecuencia.

8. **CONTROL DE INTESTINO:** Implica el control completo e intencional de la evacuación intestinal, y el uso de equipo o agentes necesarios para la evacuación. Ejemplo catéteres o dispositivos de Ostomía. Frecuencia.

MOTOR 91
PUNTOS

MOVILIDAD

9. **TRASLADO DE LA CAMA A SILLA O SILLA DE RUEDAS:** Implica pasarse hacia una cama, silla, silla de ruedas, y volver a la posición inicial. Si camina lo debe hacer de pie. Grado de participación del paciente.

10. **TRASLADO EN BAÑO:** Implica sentarse y salir del inodoro. Grado de participación del paciente.

11. **TRASLADO EN BAÑERA O DUCHA:** Implica entrar y salir de la bañera o ducha.

AMBULACIÓN

12. **CAMINAR / DESPLAZARSE EN SILLA DE RUEDAS:** Implica caminar sobre una superficie llana una vez que está de pie o propulsar su silla de ruedas si no puede caminar.

13. **SUBIR Y BAJAR ESCALERAS:** Implica subir y bajar escalones.

COMUNICACIÓN

14. **COMPRENSIÓN:** Implica el entendimiento de la comunicación auditiva o visual. Ej. Escritura, gestos, signos, etc.

15. **EXPRESIÓN:** Implica la expresión clara del lenguaje verbal y no verbal.

CONOCIMIENTO SOCIAL

16. **INTERACCIÓN SOCIAL:** Implica habilidades relacionadas con hacerse entender; participar con otros en situaciones sociales, y respetar límites. Detalle las características conductuales del paciente estableciendo si existe algún grado de participación en las distintas situaciones sociales y terapéuticas, describiendo el nivel de reacción conductual frente a instancias que impliquen desadaptación, así como el grado de impacto sobre sí mismo y el entorno.

17. **SOLUCIÓN DE PROBLEMAS:** Implica resolver problemas cotidianos.

18. **MEMORIA:** Implica habilidad para el reconocimiento y memorización de actividades simples y/o rostros familiares.

COGNITIVO
35 PUNTOS

TOTAL /126

DESCRIPCIÓN CLÍNICA DE LA PUNTUACIÓN

Valoración de la dependencia funcional

¿Cómo describiría el/los impedimento/s que tiene el paciente, según su diagnóstico, para ser autoválido? :

Si el Form. de Índice de Escala FIM es para una **prestación institucional (CET, Ctro.de Día, Hogar)** debe estar firmado y sellado por un profesional Terapeuta Ocupacional. Si es para la prestación de **transporte** debe estar firmado por un Terapeuta Ocupacional o por el Médico tratante del afiliado, cualquiera de los dos es válido.

--

Fecha (día, mes y año)
anterior al inicio del período

--

Firma y Sello del Médico tratante o Terapeuta Ocupacional (según
corresponda)